

GOVERNANÇA EM POLÍTICAS DE SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O NATIONAL HEALTH SERVICE

GOVERNANCE IN HEALTH POLICIES: A COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN THE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) AND THE NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS)

Artigo recebido em: 26/9/2025

Artigo aceito em: 26/12/2025

Murilo Barreto Santana*

*Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, Bahia, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3176485061754315>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4982-1403>

mbsantana@uesc.br

Matheus Araújo Martins*

*Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, Bahia, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6499174337384668>

mamartins.adt@uesc.br

Rísia Kalliane Santana de Souza**

**Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano (IFBAIANO), Uruçuca, Bahia, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7196803411594831>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7530-8582>

risiakalliane@gmail.com

Amarildo José Morett*

*Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, Bahia, Brasil

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6856814121358635>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4771-8736>

ajmorett@uesc.br

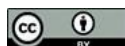
The authors declare that there is no conflict of interest

Resumo

Este estudo tem como propósito realizar uma análise comparativa entre as políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, e do National Health Service (NHS), no Reino Unido. A intenção é identificar os aprendizados que cada sistema pode extrair das respectivas experiências em governança, liderança e operação, com vistas ao fortalecimento institucional e à melhoria da gestão em saúde. Para fundamentar teoricamente a análise das governanças em saúde pública, foram descritas três abordagens centrais: a abordagem colaborativa, a abordagem em redes e a abordagem interfederativa, compondo um arcabouço teórico que sustenta a investigação. Os dados foram tratados por meio de uma abordagem qualitativa e descritiva, permitindo a formulação de inferências interpretativas e reflexões críticas sobre experiências internacionais de gestão em saúde. Os resultados evidenciam que os sistemas analisados apresentam modelos de governança

Abstract

This study aims to conduct a comparative analysis between the public health policies of Brazil's Unified Health System (SUS) and the United Kingdom's National Health Service (NHS). The objective is to identify lessons that each system can draw from their respective experiences in governance, leadership, and operation, with a view to institutional strengthening and improved health management. To theoretically ground the analysis of public health governance, three central approaches were described: the collaborative approach, the network approach, and the inter-federative approach, composing a theoretical framework that underpins the investigation. Data were examined through a qualitative and descriptive approach, enabling the formulation of interpretative inferences and critical reflections on international experiences in health management. The results show that the systems analyzed present significantly distinct governance models. This differentiation allowed



significativamente distintos. Essa diferenciação possibilitou a identificação de múltiplas oportunidades de aprimoramento e de intercâmbio de boas práticas entre os dois sistemas. As implicações teóricas e práticas desta investigação são amplas, considerando as especificidades e potencialidades dos modelos de governança adotados nos países estudados. Os resultados obtidos podem subsidiar práticas e decisões no campo das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Governança. Políticas Públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde. National Health Service.

the identification of multiple opportunities for improvement and the exchange of best practices between the two systems. The theoretical and practical implications of this investigation are broad, considering the specificities and potentialities of the governance models adopted in the countries studied. The findings may support practices and decision-making in the field of public health policies.

Keywords: Governance. Public Health Policies. Unified Health System. National Health Service.

1 INTRODUÇÃO

A gestão pública da saúde representa um dos pilares estratégicos da administração pública contemporânea, sendo essencial para assegurar o acesso universal, equitativo e integral a serviços essenciais. Os desafios relacionados ao planejamento, à coordenação e à implementação de políticas sanitárias exigem estruturas organizacionais robustas, mecanismos de governança eficazes e constante aprimoramento gerencial.

Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, emerge como uma resposta do Estado brasileiro à necessidade de um modelo sistêmico capaz de garantir atenção integral à saúde da população. Inspirado em experiências europeias, especialmente no National Health Service (NHS) do Reino Unido, o SUS adotou os princípios da universalidade, integralidade e equidade como fundamentos orientadores de sua atuação.

Ao longo de mais de três décadas, o SUS consolidou-se como uma das maiores redes públicas de saúde do mundo, atendendo a milhões de cidadãos em um território de dimensões continentais. No entanto, sua condução organizacional enfrenta obstáculos históricos, como a insuficiência de recursos, a fragmentação da rede assistencial e as disparidades regionais. Desafios semelhantes são observados no NHS, que, ao longo de mais de 70 anos, expandiu seus serviços em mais de 480% (Mendes & Bittar, 2014). Em ambos os casos, a crescente complexidade dos sistemas de saúde demanda soluções que ultrapassem a mera coordenação institucional, exigindo arranjos intergovernamentais articulados e eficazes.

Além de modelos de gestão sanitária, tanto o SUS quanto o NHS tornaram-se expressões de identidade nacional e de compromisso social. Apesar dos avanços, ambos os sistemas ainda enfrentam dificuldades na consolidação de uma cultura institucional voltada à satisfação dos usuários, à eficiência dos processos e à inovação na gestão de recursos. No caso brasileiro, destaca-se o desafio adicional de atender a uma população numerosa e distribuída de forma desigual, o que impõe exigências específicas à formulação e à implementação das políticas públicas de saúde.

A literatura aponta que os processos de transformação institucional estão profundamente condicionados pela cultura organizacional na qual estão inseridos (Cruz *et. al.*, 2024). O NHS foi concebido em um contexto que reconhece o serviço público como um bem coletivo essencial e inalienável, enquanto o SUS surgiu em meio à transição democrática brasileira, marcada por intensas disputas ideológicas sobre o papel do Estado na provisão de serviços sociais.

A adoção de modelos híbridos de gestão, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), introduziu novas reflexões sobre a coordenação pública e a eficiência na prestação de serviços por entidades não estatais (Bresser-Pereira, 1998). Embora tais arranjos tenham avançado no Brasil, ainda há uma lacuna significativa de avaliações críticas e empíricas, especialmente sob a perspectiva de gestores e conselheiros envolvidos na governança do sistema.

A comparação entre o SUS e o NHS proposta neste estudo visa demonstrar elementos relevantes da administração pública comparada, oferecendo subsídios para o aprimoramento dos mecanismos de regulação, planejamento e controle da saúde pública em ambos os países. Essa análise é particularmente importante para identificar boas práticas relacionadas à alocação eficiente de recursos, à melhoria da qualidade assistencial e à sustentabilidade financeira dos sistemas.

Diante disso, o presente estudo propõe-se a contribuir com o debate acadêmico e político sobre a governança das políticas públicas de saúde, por meio de uma análise comparativa entre o SUS e o NHS. Busca-se, assim, identificar os aprendizados que cada sistema pode extrair das experiências de governança, liderança e operação, com vistas ao fortalecimento institucional e à melhoria da gestão em saúde.

2 ABORDAGENS DE GOVERNANÇA EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O conceito de governança pública tem se consolidado como uma referência teórica central no campo da Administração Pública, ao propor a superação dos modelos tradicionais de gestão burocrática. As abordagens enfatizam a articulação entre múltiplos atores sociais, instituições e esferas governamentais na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas. Além disso, princípios como celeridade, transparência e participação estão previstos em diversos dispositivos legais, reforçando o papel normativo e operacional da governança no setor público.

No campo das políticas públicas de saúde, o estudo da governança concentra-se na análise dos arranjos institucionais, dos mecanismos de coordenação e dos processos decisórios que envolvem uma diversidade de agentes na construção e execução das ações. Nesse contexto, destacam-se três abordagens teóricas fundamentais: a governança colaborativa, as redes de políticas públicas e a governança interfederativa. Cada uma dessas perspectivas oferece instrumentos analíticos específicos para compreender como os diferentes atores interagem, negociam e cooperam na condução das políticas de saúde.

A governança colaborativa é concebida como um arranjo institucional que promove a atuação conjunta entre representantes do Estado e da sociedade civil em processos decisórios participativos voltados à formulação e execução de políticas públicas (Ansell & Gash, 2008). Essa abordagem emerge como resposta às limitações observadas na implementação de políticas públicas, à excessiva politização da regulação e à fragmentação dos interesses no setor público. Segundo Bretas Junior e Shimizu (2017), sua efetividade depende de fatores estruturantes, tais como: o histórico de interação entre os atores — seja de cooperação ou de conflito —; a existência de incentivos claros para o engajamento; a distribuição equitativa de poder; a presença de lideranças capazes de mediar e facilitar o diálogo; e um desenho institucional que favoreça a construção de consensos.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essa forma de governança se concretiza em espaços como os Conselhos de Saúde, que asseguram a participação da sociedade civil na definição de prioridades e no controle social das políticas. Um exemplo emblemático é a formulação da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Neurológicas, elaborada por meio de um processo participativo que envolveu

pesquisadores, gestores e representantes de organizações sociais, com o objetivo de garantir cuidado humanizado e diagnóstico precoce da demência.

A abordagem das redes de políticas públicas parte do pressuposto de que os processos de governança ocorrem em ambientes marcados pela interdependência entre atores que compartilham objetivos, informações e recursos (Calmon & Costa, 2013). A gestão dessas redes é compreendida como uma dinâmica estratégica, que envolve ações como ativação dos participantes, definição das relações, mediação de interesses, facilitação do diálogo, construção de consensos e resolução de conflitos.

Na área da saúde, as redes desempenham papel fundamental na articulação entre diferentes instâncias, como unidades de atendimento, secretarias municipais e estaduais, consórcios intermunicipais e organizações da sociedade civil. Um exemplo ilustrativo é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que integra hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), promovendo respostas coordenadas e eficientes às demandas da população.

Por fim, a governança interfederativa refere-se à articulação entre os diversos níveis de governo — federal, estadual e municipal — na formulação e execução das políticas públicas. No Brasil, essa abordagem é essencial para compreender a estrutura e o funcionamento do SUS, cuja efetividade depende da cooperação entre os entes federativos para assegurar o acesso universal e o cuidado integral (Almeida, 2016; CONASS, 2023). De acordo com a tipologia proposta por Wright (1997), as relações intergovernamentais podem ser classificadas em três modalidades: autoridade coordenada, caracterizada pela autonomia com necessidade de articulação; autoridade igual, baseada na negociação entre esferas com poder equivalente; e autoridade dominante, marcada por hierarquias e assimetrias de poder.

No SUS, a governança interfederativa é operacionalizada por meio de instâncias como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), responsáveis pela pactuação de responsabilidades, metas e financiamento entre os diferentes níveis de governo. Um exemplo concreto é o modelo de cofinanciamento da atenção primária, no qual os municípios recebem repasses da União e dos estados mediante o cumprimento de indicadores previamente acordados, como a cobertura vacinal e o número de atendimentos por habitante.

As três abordagens teóricas — governança colaborativa, redes de políticas públicas e governança interfederativa — constituem ferramentas analíticas robustas para

interpretar os arranjos institucionais que sustentam o SUS. Enquanto a governança colaborativa valoriza a participação e o consenso entre os atores, as redes enfatizam a coordenação informal e a interdependência, e a interfederativa foca na articulação formal entre os entes governamentais. A integração dessas perspectivas é fundamental para enfrentar os desafios da gestão pública em saúde, especialmente em um país marcado por desigualdades regionais e pela complexidade das relações federativas.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa caracteriza-se como uma investigação de natureza bibliográfica e documental, voltada à análise comparativa de modelos institucionais de gestão em saúde. A etapa bibliográfica fundamentou-se na seleção e análise de materiais previamente publicados, tais como livros, artigos científicos e periódicos especializados, conforme os critérios estabelecidos por Silva e Menezes (2005). Já a etapa documental concentrou-se na consulta a fontes primárias, incluindo legislações sanitárias, diretrizes estratégicas do Ministério da Saúde, documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e relatórios institucionais do National Health Service (NHS).

A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento sistemático de fontes bibliográficas e documentais, abrangendo produções acadêmicas, normativas nacionais e internacionais, bem como políticas públicas de saúde. Foram também considerados relatórios técnicos emitidos por órgãos oficiais, como o Ministério da Saúde (Brasil) e o Department of Health and Social Care (Reino Unido), além de instituições multilaterais, como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

As informações obtidas foram organizadas com base em critérios de relevância teórica, afinidade conceitual com o estudo de melhores práticas e aplicabilidade ao contexto dos sistemas de saúde analisados. O tratamento dos dados seguiu uma abordagem qualitativa e descritiva, permitindo a construção de inferências interpretativas e reflexões críticas sobre as experiências internacionais de gestão pública em saúde.

A escolha pela abordagem qualitativa justifica-se pela complexidade do objeto de estudo, que envolve múltiplos contextos históricos, culturais e políticos, especialmente ao se comparar os sistemas de saúde do Brasil e do Reino Unido. Conforme argumenta Minayo (2001), a pesquisa qualitativa é particularmente adequada para compreender os

significados atribuídos às ações, estruturas sociais e práticas institucionais, aspecto essencial na análise comparativa de modelos organizacionais com diferentes premissas e trajetórias.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Governança em sistemas de saúde: comparação entre SUS e NHS

A governança em saúde pode ser compreendida como o conjunto de mecanismos institucionais, normativos e políticos que orientam a formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde. Envolve, de forma articulada, a coordenação entre entes e atores, a prestação de contas, a alocação de recursos e os instrumentos de controle e participação social.

Nesse contexto, observa-se que o National Health Service (NHS), do Reino Unido, e o Sistema Único de Saúde (SUS), do Brasil, embora ambos sejam sistemas públicos, universais e majoritariamente financiados por recursos estatais, apresentam modelos de gestão substancialmente distintos. O NHS caracteriza-se por uma estrutura organizacional fortemente centralizada, orientada por diretrizes administrativas rígidas, enquanto o SUS se estrutura de forma descentralizada, com ampla ênfase na participação social e na pactuação federativa.

As formas de governança adotadas por cada sistema refletem os respectivos arranjos políticos e institucionais. O Reino Unido, com um Estado unitário e tradição administrativa gerencial, adota um modelo hierarquizado, no qual o governo central — por meio do Department of Health and Social Care e do NHS England — exerce papel predominante no planejamento, financiamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde. Essa centralização se manifesta na relação contratual entre o Estado e as unidades prestadoras de serviço, como hospitais e clínicas, com foco na eficiência administrativa, no cumprimento de metas e nos indicadores de desempenho.

Nesse modelo, a racionalização dos recursos e o controle central dos fluxos assistenciais são priorizados, resultando em menor autonomia local e participação social limitada. O processo decisório tende a ocorrer em instâncias técnicas e burocráticas, com baixa capilaridade nas comunidades. Segundo a teoria da governança colaborativa, essa restrição à participação social pode comprometer a qualidade dos processos

colaborativos, enfraquecendo vínculos de confiança, a distribuição equitativa de poder e a legitimidade das decisões (Ansell & Gash, 2008).

Por outro lado, estrutura do SUS está amparada por princípios constitucionais e legais que asseguram o direito universal à saúde como dever do Estado e direito do cidadão. A participação social é um dos pilares centrais do sistema, institucionalizada por meio de conselhos de saúde, conferências periódicas e instrumentos de controle social, com vistas à promoção da transparência, accountability e legitimidade democrática nas decisões em saúde pública.

O SUS é concebido dentro de uma lógica federativa, na qual União, estados e municípios compartilham responsabilidades de forma interdependente. A gestão descentralizada do SUS confere elevada autonomia aos municípios, principais responsáveis pela execução direta dos serviços de atenção básica. Conforme a abordagem das redes de políticas públicas, as dinâmicas de governança se desenvolvem em contextos marcados pela interconexão entre diferentes agentes, que estabelecem relações pautadas na troca de informações, na convergência de interesses e na utilização compartilhada de recursos (Calmon & Costa, 2013).

Simultaneamente, a tomada de decisões é mediada por mecanismos de pactuação interfederativa, como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), nas quais são definidas, de forma conjunta, atribuições, metas e recursos financeiros entre os entes governamentais. O caso brasileiro ilustra também, portanto, a aplicação da abordagem interfederativa, essencial para compreender a complexidade da governança no SUS.

As diferenças estruturais entre o NHS e o SUS não decorrem apenas de escolhas técnicas, mas refletem os contextos políticos, institucionais e históricos que moldaram cada sistema. O NHS, criado no pós-guerra, consolidou-se sob uma lógica centralizada, com forte presença estatal na provisão direta de serviços. Já o SUS emergiu no processo de redemocratização brasileira, inspirado nos movimentos sociais e orientado pelo princípio da equidade. A tabela a seguir apresenta algumas das principais características e distinções entre governanças.

Tabela 1. Características e distinções entre SUS e NHS

Característica	NHS (Reino Unido)	SUS (Brasil)
Estrutura organizacional	Centralizada	Descentralizada
Modelo de gestão	Técnico-administrativo e gerencialista	Misto: legal, administrativo, federativo e participativo
Participação social	Limitada, com foco em performance institucional	Institucionalizada e obrigatória via conselhos e conferências
Modelo de Estado	Estado unitário (especialmente centralizado na Inglaterra)	Estado federativo (União, Estados e Municípios com competências distintas)
Mecanismos de governança	Contratos de desempenho, metas de eficiência, auditorias técnicas	Pactuações em Comissões intergestores, normas operacionais e controle social
Participação social	Consultiva, não vinculante (Patient Forums, Healthwatch)	Institucionalizada e deliberativa (Conselhos de Saúde, Conferências, Leis)
Prestadores de serviço	Predominantemente público	Misto: rede pública e ampla contratualização do setor privado
Financiamento	Nacional, via impostos gerais	Tripartite: União, Estados e Municípios
Foco da governança	Eficiência, resultados, redução de custos, accountability técnico-gerencial	Universalidade, equidade, participação democrática, controle social e regionalização do cuidado

Fonte: Elaboração própria, a partir do texto de Cidral et. al. (2024)

Compreender as distinções estruturais entre o NHS e o SUS é fundamental para análises comparadas em saúde pública, pois permite identificar aprendizados cruzados relevantes — especialmente no que tange às estratégias de governança, aos modelos de financiamento e ao fortalecimento dos sistemas de saúde diante de crises sanitárias e da crescente demanda por acesso e qualidade assistencial.

Para além das características gerais apresentadas na tabela, destaca-se a importância dos conselhos de saúde na formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas em ambos os sistemas. Tanto o NHS quanto o SUS contam com conselhos instituídos com o propósito de operacionalizar os princípios e diretrizes estabelecidos pelas respectivas políticas. Conforme argumentam Bretas Junior e Shimizu (2017), teóricos da abordagem colaborativa, esses conselhos têm como função central assegurar o envolvimento ativo da sociedade civil na identificação de demandas prioritárias e na fiscalização das ações governamentais.

No contexto britânico, o NHS dispõe de um Conselho Nacional e de conselhos locais específicos para cada país que compõe o Reino Unido — Escócia, Irlanda do Norte, País de Gales e Inglaterra — respeitando as peculiaridades regionais da saúde. A composição e a conduta desses conselhos são regidas por regimentos internos, sendo o mais recente revisado em março de 2024. A estrutura de governança do NHS é orientada por seu Conselho, cujo presidente responde diretamente ao Secretário de Estado.

Cabe aos conselhos estabelecer metas e objetivos estratégicos alinhados à direção política geral e ao arcabouço de recursos definido pelo governo central. Além disso, são responsáveis por supervisionar a equipe de gestão executiva, garantindo que a organização preste contas ao Parlamento e à sociedade sobre o desempenho de suas funções. As decisões devem ser informadas por dados abrangentes de governança corporativa, financeira, clínica, informacional e científica. O Conselho também assegura que haja mecanismos eficazes de gestão de riscos, governança e controle interno.

No caso brasileiro, os conselhos de saúde exercem funções deliberativas e fiscalizadoras, sendo responsáveis por definir e avaliar estratégias e políticas, bem como monitorar sua conformidade e desempenho. Devem atuar em situações de desvio, em articulação com auditorias internas das secretarias de saúde e órgãos de controle. Sua missão é garantir que as políticas formuladas e implementadas estejam alinhadas ao interesse público e aos princípios constitucionais do SUS.

A governança pública em saúde no Brasil encontra um de seus pilares mais relevantes na institucionalização dos mecanismos de participação e controle social. Os conselhos de saúde representam estruturas essenciais para a consolidação democrática do SUS, funcionando como espaços de diálogo entre a sociedade civil e o poder público. São instâncias centrais para a formulação de políticas públicas e para a alocação eficiente dos recursos do sistema.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) brasileiro possui atribuições estratégicas, como a formulação da Política Nacional de Saúde, a aprovação do Plano Nacional de Saúde (PNS), o acompanhamento da execução orçamentária do Ministério da Saúde e a fiscalização dos gastos do SUS em nível federal. Cada unidade federativa deve contar com um Conselho Estadual de Saúde, órgão deliberativo responsável pelo planejamento, fiscalização e controle da política estadual de saúde.

A atuação dos conselhos de saúde articula-se diretamente com os princípios do federalismo cooperativo e da governança interfederativa previstos na Constituição Federal de 1988. A presença desses conselhos em todos os níveis federativos fortalece o pacto federativo e contribui de forma significativa para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, promovendo maior legitimidade, transparência e efetividade na gestão pública da saúde.

4.2 Lições de gestão entre políticas

A análise realizada neste estudo evidenciou que tanto o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, quanto o National Health Service (NHS), no Reino Unido, apresentam fragilidades estruturais e operacionais que impactam diretamente na qualidade da assistência à saúde. Tais limitações se manifestam, sobretudo, nos processos de regulação de acesso, nos tempos de espera, na integração entre os níveis de atenção e na eficiência administrativa.

No caso do SUS, destaca-se sua ampla capilaridade e potencial de cobertura universal, sustentado por uma lógica federativa que, embora favoreça a adaptação às especificidades territoriais, impõe desafios à coordenação interfederativa, à padronização dos serviços e à governança dos fluxos assistenciais. Já o NHS, estruturado sob um modelo de governança mais centralizado e verticalizado, apresenta maior uniformidade nos protocolos clínicos e maior agilidade na incorporação de tecnologias, mas enfrenta dificuldades na responsividade às demandas locais e na sobrecarga da atenção primária.

No contexto brasileiro, torna-se imperativo o fortalecimento da governança interfederativa por meio da qualificação das instâncias de pactuação - como as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) -, do aprimoramento dos sistemas de informação e da valorização de modelos de contratualização baseados em desempenho. A consolidação de políticas de compliance nos estados, com supervisão técnica e accountability da gestão tática, deve ser promovida sem comprometer a autonomia municipal. A criação de núcleos estaduais de governança clínica e regulatória, fundamentados em evidências, pode contribuir para a racionalização das filas, a otimização do acesso e a promoção da equidade.

No NHS, observa-se a necessidade de ampliar os mecanismos de participação social efetiva, inspirando-se na experiência brasileira dos conselhos de saúde, cuja estrutura deliberativa, paritária e permanente fortalece a legitimidade das decisões públicas. A institucionalização de instâncias colegiadas regionais pode conferir maior representatividade às comunidades locais e aprimorar o processo decisório. Ademais, o NHS pode se beneficiar da experiência brasileira com a Estratégia Saúde da Família, reconhecida internacionalmente por sua capacidade de prevenir doenças, reduzir internações e integrar ações intersetoriais.

Do ponto de vista da gestão estratégica e da alta administração, ambos os sistemas podem investir em modelos de governança orientados por dados, com painéis de indicadores em tempo real, auditoria digital e mecanismos de avaliação de desempenho que permitam ajustes contínuos das metas. A criação de centros de inteligência em saúde, nos níveis central e estadual, interligados com universidades e instituições de pesquisa, pode fomentar maior racionalidade e inovação na formulação das políticas públicas.

No âmbito da gestão tática, o SUS demanda avanços na profissionalização dos quadros gerenciais, com programas de formação e certificação de gestores públicos de saúde, visando à uniformização da capacidade de gestão em todo o território nacional. O NHS, por sua vez, embora tradicionalmente invista fortemente em gestão clínica, poderia adotar práticas mais descentralizadas de alocação de recursos, promovendo maior flexibilidade e responsividade regional.

Outras oportunidades de aprendizado mútuo entre os sistemas podem ainda ser indicadas. O SUS pode se inspirar no NHS quanto à agilidade na incorporação tecnológica, à uniformização dos protocolos clínicos e à adoção de contratos de gestão orientados por metas. Por outro lado, o NHS pode incorporar elementos da robusta participação social do SUS, bem como o modelo de atenção primária com agentes comunitários, voltado para os determinantes sociais da saúde e para a vigilância em saúde.

Observa-se, ainda, que processos de comparação de boas práticas entre o NHS e o SUS já ocorrem, embora de forma limitada, por meio de projetos bilaterais coordenados por organismos multilaterais, como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), além de intercâmbios técnico-científicos entre universidades e escolas de saúde pública. A ampliação desses mecanismos de cooperação técnica, com foco no intercâmbio de boas práticas, no desenvolvimento de sistemas de informação interoperáveis e na avaliação de impacto das políticas públicas, pode contribuir significativamente para o fortalecimento global dos sistemas de saúde.

Conclui-se, portanto, que a boa governança, a liderança estratégica e a gestão baseada em evidências são fatores decisivos para transformar políticas públicas em serviços de saúde eficazes, resolutivos e equitativos. Tanto o SUS quanto o NHS possuem potencial para evoluir em direção a estratégias mais integradas, participativas e tecnológicas, assegurando a sustentabilidade de seus sistemas diante dos desafios contemporâneos da saúde pública global. A construção de sistemas resilientes, adaptáveis

e centrados nas necessidades das populações deve permanecer como horizonte comum dessas experiências, cujo legado ultrapassa fronteiras e inspira outras nações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo central realizar uma análise comparativa entre duas das mais expressivas políticas públicas de saúde da contemporaneidade: o Sistema Único de Saúde (SUS), do Brasil, e o National Health Service (NHS), do Reino Unido. Embora distintos em suas origens, arquiteturas institucionais e contextos sociopolíticos, ambos os sistemas compartilham o princípio fundamental da universalidade do acesso à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. As trajetórias de implementação, os desafios administrativos e as respostas institucionais de cada modelo revelam contrastes relevantes que podem servir como subsídios para o aprimoramento mútuo, à luz das práticas modernas de administração pública.

A governança e a gestão estratégica assumem papel central na efetividade das políticas públicas de saúde. O NHS, consolidado como uma das instituições mais confiáveis do Reino Unido, apresenta forte articulação entre seus níveis hierárquicos, clareza nas linhas de autoridade, estabilidade institucional e um vínculo simbólico significativo com a população britânica. Seu modelo centralizado de comando, aliado à avaliação sistemática de desempenho e à incorporação progressiva de tecnologias e inovações gerenciais, proporciona maior previsibilidade e responsividade na prestação dos serviços. Destaca-se, ainda, pela maturidade de seus sistemas de compliance, que orientam a conduta ética e promovem transparência institucional de forma contínua.

Por outro lado, o SUS, reconhecido como uma das maiores redes públicas de saúde do mundo em extensão territorial e volume de atendimentos, enfrenta entraves históricos que comprometem a efetividade de sua gestão. A fragmentação federativa, a escassez de recursos e a insuficiência de mecanismos de responsabilização administrativa dificultam a consolidação de um modelo sistêmico de direção pública e excelência gerencial. A análise comparativa evidencia que o SUS ainda carece de uma cultura organizacional orientada para resultados e de maior capacitação técnica nos níveis intermediários de gestão — especialmente nos estados e municípios, que operam na linha de frente da prestação de serviços.

Apesar dessas limitações, a experiência brasileira oferece contribuições valiosas que podem inspirar reformas em sistemas como o NHS. A estrutura robusta de controle social, institucionalizada por meio de conselhos de saúde em todas as esferas federativas, os mecanismos participativos na formulação e avaliação das políticas públicas, e a diversidade de arranjos de atenção primária — como a Estratégia Saúde da Família (ESF) — representam modelos de engajamento cívico e territorialização dos serviços que poderiam ser adaptados ao contexto britânico. Ademais, a flexibilidade operacional demonstrada pelo SUS em momentos de crise, como na pandemia da COVID-19, revelou-se essencial para garantir a continuidade do cuidado, mesmo diante de severas restrições.

Do ponto de vista da governança, é imperativo que tanto o SUS quanto o NHS avancem na construção de estruturas mais integradas, transparentes e tecnologicamente compatíveis com os desafios da saúde digital. A ampliação da interoperabilidade de dados, a adoção de plataformas unificadas de regulação e atendimento, e o fortalecimento da governança clínica baseada em evidências são elementos cruciais para qualificar a oferta de serviços. Da mesma forma, o aprimoramento dos mecanismos de auditoria, compliance e avaliação de desempenho deve ocupar posição estratégica nas agendas de reforma administrativa, sobretudo em contextos marcados por déficits de accountability.

Nesse cenário, o SUS pode incorporar práticas de gestão britânicas que se destacam pela previsibilidade, eficiência e capacidade de coordenação sistêmica. Isso inclui a centralização estratégica de diretrizes nacionais, a qualificação das lideranças intermediárias, o fortalecimento de modelos de contratualização com metas claras e mensuráveis, e a valorização de uma cultura organizacional orientada para resultados. Em contrapartida, o NHS poderia se beneficiar da experiência brasileira de descentralização pactuada, da inclusão ativa da população nos fóruns decisórios e dos avanços nas políticas de atenção primária e prevenção, especialmente em territórios de alta vulnerabilidade social.

Em síntese, o comparativo entre SUS e NHS evidencia que não existem modelos perfeitos, mas sistemas em constante construção, sujeitos a reformas, disputas e reconfigurações políticas. O desafio reside na formulação de arranjos institucionais que promovam maior integração entre os níveis decisórios, melhorem a alocação de recursos, assegurem a equidade na distribuição dos serviços e fortaleçam a confiança da população no sistema público de saúde. Ao aprender com boas práticas internacionais e adaptá-las

às realidades locais, é possível promover uma administração pública mais eficiente, ética e centrada na cidadania — consolidando o direito à saúde como fundamento do desenvolvimento humano e social.

Como sugestão para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de uma análise aprofundada dos mecanismos de governança empregados pelas duas políticas, com o intuito de identificar características peculiares sob as dimensões sociológicas, econômicas e políticas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. L. (2016). Governança no SUS. **Conass Debate**, 6. Disponível em: Governança no SUS – CONASS

ANSELL, C., & GASH, A. (2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. **Journal of Public Administration Research and Theory**, 18(4), 543–571.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; Spink, P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

BRETAS JUNIOR, N., & SHIMIZU, H. E. (2017). Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(4), 1085–1095. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30532016>

BRITANNICA (2025). **National Health Service Act**. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/National-Health-Service-Act>. Acesso em: 10 abr. 2025.

CALMON, C., & Costa, A. T. M. (2013). Redes e Governança das Políticas Públicas. RP3 – **Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, 1(1), 1–29.

CIDRAL, L.; ROCHA, E. M. L.; VOLINGER, J. M. **Análise comparativa do Sistema Único de Saúde (SUS) vs National Health Service (NHS) do Reino Unido**. In: Anais do congresso acadêmico de medicina da Universidade Positivo. Anais...Curitiba(PR) UP, 2024. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/iv-congresso-academico-de-medicina-da-universidade-positivo-iv-camup-448428/885272>. Acesso em: 28/07/2025.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (2025). **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Site oficial. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

CRUZ, Roberto Moraes et al . Processos de Mudança nas Organizações: Desafios e Impactos. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília , v. 23, n. 4, p. I-III, 2023 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572023000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 set. 2025

GOVERNO DO BRASIL. (2024). **Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Neurológicas**. Disponível em: Notícia oficial sobre políticas de demência

GOVERNO DO BRASIL. (2021). **Tribunal de Contas da União**. Dez passos para a boa governança. Edição 2. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Administração do Estado, 2021. 44 p.

GOVERNO DO BRASIL. (2025). **Seminários regionais e mesas estaduais de negociação permanente do SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/eventos/seminarios-regionais-mesas-estaduais-de-negociacao-permanente-do-sus>. Acesso em: 06 jun. 2025.

GOVERNO DO BRASIL. (2025). **Sistema de governança**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denassus/sna/funcao-da-auditoria-internagovernamental/sistema-de-governanca>. Acesso em: 06 jun. 2025.

GOVERNO DO BRASIL. (1990). **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (2022). **Sistema de Governança**. Disponível em: Sistema de Governança – Ministério da Saúde

PARLIAMENT UK. (2025). National Health Service Act, 1946 Part 3 - **Socialist Health Association**. Disponível em: <https://sochealth.co.uk/national-health-service/health-law/national-health-service-act-1946/national-health-service-act-1946-part-3>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PARLIAMENT UK. (2025). **National Health Service Bill**. Hansard, 30 abr. 1946. Disponível em: <https://api.parliament.uk/historic-hansard/commons/1946/apr/30/national-health-service-bill>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PARLIAMENT UK. (2025). **National Health Service Bill**. Hansard, 1 maio 1946. Disponível em: <https://api.parliament.uk/historic-hansard/commons/1946/may/01/national-health-service-bill>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PARLIAMENT UK. (2025). (2025). **National Health Service Bill**. Hansard, 4 nov. 1946. Disponível em: <https://api.parliament.uk/historic-hansard/commons/1946/nov/04/national-health-service-bill>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PARLIAMENT UK. (2025). **National Health Service Bill**. . Hansard, 26 jul. 1946. Disponível em: <https://api.parliament.uk/historic-hansard/commons/1946/jul/26/national-health-service-bill-1>. Acesso em: 10 abr. 2025.

PARLIAMENT UK. (2025). **Health and Social Care in the UK**. Living Heritage. Disponível em: <https://www.parliament.uk/about/living-heritage/transformingsociety/livinglearning/coll-9-health1/health-01/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

SOCIETY FOR THE HEALTH OF THE NATION. (2025). **National Health Service Act**, 1946 - Part 1. Disponível em: <https://sochealth.co.uk/national-health-service/health-law/national-health-service-act-1946/national-health-service-act-1946-part-1/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

THE JAMA NETWORK (2021). **The National Health Service and Its Impact on British Medicine**. JAMA, [s.l.], 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/287101>. Acesso em: 10 abr. 2025.

THE JAMA NETWORK(2021). **The NHS: History and Future of British Health Care**. JAMA, [s.l.], 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/333843>. Acesso em: 10 abr. 2025.

WRIGHT, D. S. (1997). Understanding Intergovernmental Relations. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-8500.12025>. **Brooks/Cole Publishing Company**. Acesso em: 10 abr. 2025.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente para o desenvolvimento deste artigo.

Disponibilidade dos dados

Todos os conjuntos de dados relevantes para as conclusões deste estudo estão totalmente disponíveis no artigo.

Como citar este artigo (APA)

Santana, M. B., Martins, M. A., Souza, R. K. S. de, & Morett, A. J. (2026). GOVERNANÇA EM POLÍTICAS DE SAÚDE: UM COMPARATIVO ENTRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O NATIONAL HEALTH SERVICE. *Veredas Do Direito*, 23(4), e234597. <https://doi.org/10.18623/rvd.v23.n4.4597>